FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913 **THÈSE** N° 66

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M. Albert PAPIN

Né à Beaufort-les-Vallées (M.-et.L.), le 26 septembre 1886

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'OCCLUSION INTESTINALE PAR CALCUL BILIAIRE

Président : M. LEJARS, *Professeur*

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1913

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. LANDOUZY

PROFESSEURS :	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (Henri)	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MON PÈRE

A MA SŒUR

A MES MAITRES

Messieurs les Professeurs de l'École
de médecine d'Angers

Messieurs les Chirurgiens et Médecins
de l'Hopital du Mans

A Monsieur le Docteur DELAGÉNIÈRE

Chirurgien de la Maison de Santé et de l'Hôpital du Mans
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
et de la Société de Chirurgie
Ancien président du Congrès Français de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

Chirurgien des hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur.

AVANT-PROPOS

Il nous est particulièrement agréable à la fin de nos études médicales de rendre ici un public hommage à ceux qui par leurs leçons, leurs conseils, leurs exemples ont contribué à notre formation médicale.

Que Messieurs les professeurs de l'école de médecine d'Angers veuillent bien accepter l'expression de notre reconnaissance.

Nous remercions M. le Professeur Montprofit qui, au début de nos études, pendant notre premier stage, nous a initié à la chirurgie.

M. le Docteur Thibaut nous permettra de lui exprimer toute notre gratitude, pour les excellentes leçons qu'il nous a données et la bienveillance qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner.

MM. Moidret, Langevin, Dieu et Legros, chirurgiens, Cannaguier et Hamel médecins des hôpitaux du Mans qui nous ont ouvert si largement leur service pendant notre internat, voudront bien agréer tous nos remerciements.

Nous avons eu l'honneur d'être pendant près de trois ans l'interne de M. le Docteur Delagénière; ce maître

éminent nous a toujours montré beaucoup de sollicitude ; son grand sens clinique, son habileté de chirurgien laisseront en nous un souvenir qui sera le charme de notre carrière médicale.

M. le Professeur Lejars a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, nous sentons tout le prix de l'honneur qu'il nous fait ; qu'il veuille bien agréer l'expression de nos hommages respectueusement reconnaissants.

INTRODUCTION

Des circonstances imprévues ne nous permettent pas d'écrire un travail de longue haleine.

Aussi, sur le conseil de notre maître, le Dr Delagénière, nous avons cru bien faire en écrivant simplement une monographie clinique.

Glaner dans une observation bien étudiée les points spécialement intéressants, les mettre en vedette, en dégager tous les enseignements utiles, telle a été notre intention.

Or, pendant notre dernière année d'études, un fait d'occlusion par calcul biliaire a spécialement attiré notre attention.

Il s'agissait d'une malade à toute extrémité qui était venue demander la guérison à la chirurgie. Elle présentait en tous points le tableau dramatique de l'occlusion intestinale. Un examen minutieux n'avait pas permis de découvrir la cause qui obstruait la lumière intestinale.

Intervenir aussitôt par une laparotomie exploratrice était la seule, la grande indication. L'exploration permit de découvrir un volumineux calcul qui, engagé et inclus

dans la terminaison de l'iléon, arrêtait les matières fécales et les gaz. Quinze jours après l'incision libératrice, la guérison complète était assurée.

Ce fait isolé nous a donné l'idée de parcourir la littérature médicale touchant cette variété d'occlusion. Cette lecture nous a révélé deux points importants :

1° Dans toutes ou presque toutes les observations relatées, le diagnostic d'occlusion intestinale par calcul biliaire n'a pas été porté.

2° Dans certains cas, la guérison s'est produite par l'évacuation spontanée du calcul.

Cette double remarque nous permet de fixer tout de suite les deux étapes principales de ce travail.

Etudier, souligner certains signes spéciaux qui doivent permettre de poser un diagnostic causal de grande probabilité, pour se faire détailler la symptomatologie, ce sera notre second chapitre.

Indiquer l'acte opératoire comme la seule thérapeutique de cette variété d'occlusion, et cela en dépit de certaines guérisons spontanées, tel est le but de notre troisième chapitre.

Pour éclaircir la question, nous ferons précéder ces deux chapitres de quelques considérations générales tirées de l'étiologie et de la pathogénie.

L'OCCLUSION INTESTINALE
PAR CALCUL BILIAIRE

La présence d'un calcul biliaire dans l'intestin entraînant des symptômes d'obstruction intestinale a été signalée depuis fort longtemps ; mais c'est surtout à notre époque avec les progrès de la chirurgie moderne que cette question a fait l'objet de travaux sérieux.

En 1892, MM. Kirmisson et Rochard ont relevé cinq cents cas et ont cherché à établir le mode de traitement le plus favorable en rapprochant les statistiques des cas opérés et des cas non opérés.

Cependant d'une façon générale on peut dire que l'occlusion par calcul biliaire est une chose rare ; à l'hôpital de Leeds d'après Monihan on n'aurait observé qu'un seul cas de 1895 à 1905, et il s'agit de l'hôpital anglais où l'on observe le plus de lithiase biliaire.

Barnard, dans une étude publiée en 1902, sur 360 cas d'occlusion intestinale opérés à London Hospital, trouve seulement 8 cas d'occlusion par calcul. Enfin C. Gibson dans une autre étude publiée en 1900 (*Annals of Surgery*) rapporte 646 cas d'obstruction intestinale parmi lesquels se trouvaient 40 cas d'occlusion intestinale par calculs biliaires sur lesquels il y a 21 morts.

ÉTIOLOGIE

Cet accident s'observe surtout chez les personnes âgées de cinquante cinq à soixante cinq ans d'après Monihan. Naunym sur 120 cas trouve 96 malades de quarante et un à soixante ans.

Les deux sexes sont loin de présenter cet accident de la lithiase biliaire avec une égale fréquence. Ainsi, d'après MM. Kirmisson et Rochard, il se voit dans la proportion de 1 pour l'homme, à 2,8 pour la femme, de 1 à 5 d'après Moynchau et de 1 à 3 d'après Gibson.

Les causes prédisposantes sont la cholécystite calculeuse, la lithiase vésiculaire et dans quelques cas très rares, la lithiase des voies biliaires principales.

Les causes déterminantes sont les poussées inflammatoires sous l'influence desquels les parois des voies biliaires s'enflamment, s'accolent aux organes voisins et préparent la communication pathologique entre les voies biliaires et la cavité du tube digestif.

Nous savons que des calculs volumineux peuvent en quelque sorte s'enkyster dans la vésicule biliaire dont le cystique se ferme graduellement. Tant que la perméabilité du conduit vésiculaire existe, il n'y a pas

d'accident sérieux à redouter. Les conditions du vase clos ne sont pas réalisées et l'on a pas à craindre l'exaltation de la virulence des microbes qui existe a l'état normal dans toute vésicule habitée par des calculs; mais les poussées inflammatoires s'observent dans presque toutes les cholécystites.

Elles sont dues à des occlusions passagères du canal cystique causées par l'engagement d'un calcul ou par gonflement de la muqueuse, comme on en observe dans tous les cas d'infection généralisée du tube digestif. Cette occlusion du canal cystique existe chaque fois qu'on intervient pendant la crise de cholécystite, et tous les chirurgiens familiarisés avec la chirurgie biliaire ne considèrent l'opération comme terminée que lorsqu'ils ont vu apparaître la bile par l'orifice du canal cystique. S'il s'agit de lithiase, ils cherchent le dernier calcul; s'il s'agit de cholécystite non calculeuse, ils n'hésitent pas à draîner les voies biliaires principales, car dans ces cas la cholécystite n'est qu'au second plan.

L'occlusion temporaire du canal cystique est donc à notre avis la cause principale des poussées de cholécystique. Ces poussées varient de gravité suivant que l'occlusion est plus ou moins accusée et dure plus ou moins longtemps.

Si elle est complète, la virulence de la flore microbienne se trouve exaltée, la muqueuse s'altère, l'infiltration des globules blancs et des microbes se fait dans la sous-muqueuse, atteint le péritoine et provoque une adhérence aux organes voisins et, si l'infection est très virulente, une perforation des voies biliaires.

PATHOGÉNIE

Dans les cas qui nous occupent, les adhérences se forment donc entre les organes voisins et la vésicule. On les trouve surtout au niveau du duodenum, du colon et de l'estomac, c'est donc à ces points d'élection des adhérences qu'on rencontrera les orifices pathologiques de communication. Par ordre de fréquence, on les trouve surtout entre la vésicule et le duodénum, 28 fois sur 30 cas examinés après la mort (Naunym) et les 2 autres entre la vésicule et le colon.

Le calcul peut aussi causer une occlusion intestinale sans passer par une fistule, mais en franchissant le canal cholédoque très dilaté. On connaît un cas d'Abercombie, un cas de Lynn Thomas trouvé dans une autopsie dans lequel le calcul énorme n'avait pas causé d'occlusion du cholédoque, mais avait migré dans l'intestin, et s'était arrêté à un mètre environ de la valvule iléo-cæcale. Ces faits ne doivent pas être aussi rares qu'on serait tenté de le supposer ; car dans beaucoup de cas publiés où une laparatomie fut pratiquée, le chirurgien s'est contenté d'enlever l'obstacle sans

aller explorer les voies biliaires. Or dans deux cas récents de cholédocotomie pratiquée par M. le docteur Delagénière, ce conduit a été trouvé dilaté au point d'acquérir le volume du pouce et les calculs dépassaient le volume d'un œuf de pigeon. On peut comprendre que de tels calculs puissent finir par dilater l'ampoule de Water, ainsi arrivés dans l'intestin et y causer une obstruction. Du reste, chez les deux malades cités plus haut, une fois le calcul enlevé, l'extrémité du doigt pénétrait dans l'ampoule duodénale énormément dilatée. Ce mécanisme paraît plus vraisemblable que celui de la migration du calcul à travers les parois adhérentes du cholédoque dilaté et du duodénum.

La conclusion pratique est que la plupart des calculs qui causent des occlusions intestinales passent de la vésicule dans le duodénum, exceptionnellement dans le côlon et l'estomac, mais que certains cependant peuvent franchir les voies normales considérablement dilatables.

Où s'arrêtent les calculs? On sait que dans son ensemble l'intestin grêle va en se rétrécissant du jéjunum à la terminaison de l'iléon; c'est donc vers ce point que l'on rencontrera la plupart des calculs.

Sur 32 cas relevés par Leichternstern, le calcul fut trouvé 17 fois dans la terminaison de l'iléon, 5 fois au milieu de l'iléon et 10 fois dans le duodénum et le jéjunum. Courvoisier donne les chiffres suivants : 65, 4 p. 100 dans l'iléon, 21,4 p. 100 dans le duodénum ou le jéjunum, 10 p. 100 au niveau de la valvule iléo-cæcale, 8,4 p. 100 dans l'S iliaque. Dans un cas de Körte l'obstacle siégeait dans le côlon.

Quel que soit le siège de l'arrêt du calcul, quand on ouvre l'intestin au cours de l'opération, on trouve le calibre de l'intestin complètement bloqué par le calcul.

Celui-ci semble reposer sur un diaphragme sur son extrémité distale, tandis que l'intestin est dilaté au-dessus de son extrémité proximale. Au-dessous de l'obstacle l'intestin est petit, flasque et vide; au-dessus, au contraire, on peut le trouver dilaté, congestionné et même le siège d'un volvulus comme on le trouve dans deux cas de Mayo Robson.

Dans des autopsies, Duplay et Reclus avaient trouvé le calcul, cause de l'occlusion, tout à fait libre dans la cavité de l'intestin. Ils en avaient tiré cette conclusion que le calcul agissait comme corps étranger, irritant les parois de l'intestin et déterminant un spasme qui venait enserrer le calcul. Or, le diaphragme qu'on trouve au cours de l'opération au-dessous de l'obstacle, n'est autre que le résultat de spasme pris pour ainsi dire sur le fait. Il n'est des fois pas extraordinaire que ce spasme, cessant au bout d'un temps suffisamment long, le calcul puisse reprendre sa route vers le gros intestin. Ce spasme permet aussi d'expliquer les cas de crise d'occlusion successives qu'on trouve dans certaines observations et qui sont dues à des arrêts successifs des calculs dans l'intestin.

Habituellement, ces cas se sont terminés par expulsion du calcul et la guérison du malade. Ces cas ne sont pas très rares et sont peut-être trop connus des médecins qui attendent souvent un événement qui ne se

produit pas, et laissent ainsi passer la période utile pour intervenir. Comme nous le verrons plus tard, il ne faut pas être trop optimiste et le plus sage est d'appliquer la règle dans toute occlusion intestinale, qui est d'intervenir immédiatement dès qu'on l'a constatée.

SYMPTOMOLATOGIE

L'occlusion intestinale est aiguë ou chronique, suivant la rapidité de son évolution. C'est là une division toute classique. Emprunter ce cadre, l'appliquer à l'occlusion intestinale par calcul biliaire, est une idée toute naturelle que certains auteurs ont cru devoir suivre. Elle ne nous a pas semblé d'accord avec les faits. L'étude approfondie des différentes observations montre en effet, que l'évolution de l'occlusion calculeuse a une physionomie bien spéciale, également éloignée de la forme aiguë et de la forme chronique. On est loin de la rapide et dramatique succession des accidents observés dans l'étranglement d'une hernie crurale. Ce n'est pas vraiment le tableau de la « Passion Iliaque », de la colique du miserere comme disaient jadis les anciens. On est aussi loin, semble-t-il des signes de l'invagination chronique. L'occlusion calculeuse est un moyen terme. C'est proprement une forme lente.

Forme lente. — *Prodromes.* C'est d'ordinaire chez une femme, déjà affaiblie par l'âge, que débutent les

accidents d'occlusion intestinale calculeuse. Très souvent, son passé pathologique est chargé au point de vue hépatique. Si parfois les recherches de l'anamnèse sont infructueuses, c'est que l'état de prostation de la malade empêche le médecin de conduire son interrogatoire jusqu'au bout. Dans l'observation que nous rapportons plus loin, les antécédents hépatiques sont nets. La note du docteur Peltier que nous publions, est particulièrement intéressante. Les commémoratifs très précis ont permis de diagnostiquer la cause de l'occlusion.

Un simple coup d'œil sur les faits rapportés jadis montre que la colique hépatique a parfois précédé l'apparition de l'occlusion. (Cas de Clutton et de Thiroloix.)

Dagron signale un fait important dans ses observations. Il a constaté que ces malades avant l'éclosion de la crise, avaient des douleurs bien localisées dans l'hypochondre droit. L'ictère plutôt rare, a cependant été noté. Un interrogatoire fouillé permettra sans doute de découvrir souvent certains symptômes satellites qui font cortège à la lithiase biliaire. Il s'agit d'une sensation de défaillance, d'obnubilation, de ces vertiges bien spéciaux si souvent avant-coureur de migration calculeuse. Enfin, dans le bilan pathologique des malades il faut faire cas de ces grands accès de fièvre avec sueurs profuses. La fièvre hépatalgique de Charcot. Accès qui surviennent chez des gens aux conjonctives légèrement teintées.

Tous ces renseignements plus immédiats sont des indices précieux. Ils annoncent parfois le caillou biliaire qui va faire éclater les symptômes occlusifs de la première heure.

La douleur apparaît vive au creux épigastrique. Parfois au siège même de la vésicule. Elle s'irradie dans le dos et jusque dans l'épaule droite. Elle présente des périodes d'exacerbations de quelques minutes suivies de courtes périodes de calme... La constipation vient ensuite. Pour mieux dire il s'agit seulement au début d'une suppression incomplète de garde-robe et des gaz. Puis progressivement en 8-10 jours le malade n'a plus que quelques évacuations séro-muqueuses. Faible résultante de secrétions intestinales auxquelles s'adjoignent parfois quelques eaux sanguignolentes et de légers détritus de la muqueuse. L'occlusion est alors complète.

Les vomissements sont au début simplement alimentaires ou muqueux, ils deviennent bilieux puis fécaloïdes. Leur abondance est variable suivant que l'obstacle est au voisinage ou à distance du pylore.

Malgré les vomissements et cette constipation opiniâtre, l'état général se maintient relativement bon. Anderson relate un cas dans lequel le malade avait pu aller en soirée plusieurs jours après le début de l'obstruction et même la veille du jour où l'on décida l'intervention. La malade de Letieune, dont les premiers accidents remontaient à huit jours avant son entrée, vint à pied à l'hôpital. C'est aussi sans doute grâce à cette belle résistance que notre malade a pu supporter avec succès une intervention au huitième jour de sa maladie.

Pourtant cet état général va s'altérer. Les symptômes vont en effet en croissant. Rarement, ils rétrocèdent donnant lieu à une accalmie trompeuse de quelques jours.

La douleur du début devient intolérable. Elle n'est pas limitée à l'hypochondre droit. Les fosses iliaques, la région ombilicale, tout l'abdomen enfin est douloureux. A cette douleur vive et généralisée vient s'ajouter des éructations et même du hoquet.

La constipation reste opiniâtre et absolue. Aucun gaz, aucune garde-robe ; les vomissements fécaloïdes deviennent plus abondants, douloureux. Les contractions intestinales violentes du début cessent, l'intestin se paralyse et le météorisme abdominal succède à la distension.

C'est alors que, comme dans les autres formes d'occlusion, le pouls devient petit, misérable, les extrémités se refroidissent et se cyanosent, le malade tombe dans le collapsus et meurt.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic complet sera souvent délicat. Reconnaitre l'occlusion intestinale, établir sa cause, tels sont les deux termes du problème.

La première solution d'ordinaire s'obtient facilement. Explorer minutieusement les régions qui sont le siège habituel ou insolite des hernies, permettra d'éviter la confusion avec un étranglement herniaire. La péritonite par perforation sera plus délicate à différencier. Pourtant une séméiologie bien conduite lèvera tous les doutes dans la grande majorité des cas, la constipation inconstante, parfois l'émission des gaz par le rectum seront de précieux renseignenents en faveur d'une péritonite. L'analyse soignée des signes au début est particulièrement importante. On verra que la perforation s'est révélée soudainement par des douleurs atroces chez un individu qui la veille encore, avait des garde-robes régulières. Ce n'est pas ainsi que procède l'occlusion intestinale par calcul biliaire : les symptômes y compris le tympanisme sont plus lents à se produire, la douleur atroce et soudaine, le coup de poignard péritonéal, signe de perfora-

tion gastrique ou duodénale ne manque jamais au début de l'occlusion.

Péritonite, étranglement herniaire, ces deux grandes causes d'erreur seront assez facilement évitées. Les obstacles au niveau du rectum seront facilement reconnus au toucher. Enfin, les intoxications aigues, la colique saturnine ont des symptomes très nets qui ne permettent pas la confusion avec des phénomènes d'occlusion.

Voilà donc résolu le premier terme du problème, le second sera un peu plus délicat à solutionner. Beaucoup d'observations, en effet, font errer le diagnostic, même chez un clinicien exercé.

L'invagination chronique, les rétrécissements par compression, les rétrécissements cicatriciels prêteront spécialement à la confusion.

Nous savons toutefois que l'invagination se rencontre de préférence chez l'enfant, tandis que les accidents calculeux se rencontrent surtout après quarante ans. C'est le gros intestin qui s'invagine dans les deux tiers des cas. C'est l'intestin grêle qui est le siège habituel de l'obstruction. D'où cette différence essentielle : pour le premier cas la distension abdominale est aux flancs; pour le second, elle siège dans la région médiane; les selles muco-purulentes fréquentes dans l'invagination sont plutôt rares dans l'obstruction calculeuse, la présence d'une tumeur perceptible dans l'abdomen, sa forme allongée en boudin, sa mobilité sont plutôt le fait de l'invagination.

Les accidents déterminés par les rétrécissements sont plus faciles à diagnostiquer, la marche des symptômes

est encore plus lente. Puis, s'il s'agit de rétrécissements consécutifs à une inflammation des parois intestinales, l'anamnèse fait retrouver une histoire d'entérite ou de péritonite. Le néoplasme est-il en cause? Il y a souvent une tumeur perceptible à la palpation, accompagnée de cachexie cancéreuse croissante.

Les autres tumeurs qui agissent par compression (corps fibreux, utérin-kyste de l'ovaire), se reconnaissent à la palpation et donneront très rarement lieu à une erreur de diagnostic, somme toute, on pourra arriver à poser le diagnostic complet avec grande probabilité, par l'étude attentive des commémoratifs du malade. L'ictère, les coliques hépatiques, les calculs à facette, trouvées dans les matières fécales, constituent de précieux auxiliaires; même les douleurs dans les régions de l'hypocondre droit seront l'indice d'un accident de la lithiase biliaire.

L'évolution spécialement lente de l'affection avec conservation d'un état général satisfaisant est également caractéristique.

Enfin le toucher rectal est très utile. La sensation d'un corps dur, lourd, mobile, sera précieuse.

Les trois éléments de grande importance : passé hépatique du malade, évolution lente de l'affection, sensation du toucher d'un corps dur et mobile constituent un triple renseignement qui souvent entraînera le diagnostic.

TRAITEMENT

Il peut être médical ou chirurgical.

Traitement médical.— Si l'on considère les statistiques il semblerait donner de meilleurs résultats que l'intervention chirurgicale. En effet, on compterait 45 p. 100 de guérison chez les opérés et 60 p. 100 de guérison chez les malades soumis seulement au traitement médical.

Il ne faut pas cependant se laisser fasciner par ces chiffres. L'opération a été dans un grand nombre de cas effectuée dans des conditions très peu favorables alors que le malade était profondément affaibli, parfois même dans l'incapacité de supporter le choc opératoire et dans tous les cas le traitement médical avait échoué. Le raisonnement est absolument le même que pour l'appendicite or; on ne peut mettre sur le compte de la thérapeutique chirurgicale toutes les victimes du refroidissement. Nous accordons nos préférences au traitement chirurgical qui nous paraît comme le seul rationnel. Cependant nous reconnaissons

qu'il peut y avoir intérêt au moment où l'on prend contact avec le malade, si l'urgence n'est pas absolue, d'instituer un traitement médical; il permettra de gagner du temps, d'habituer le malade et son entourage à l'idée d'une intervention toujours grave. Il sera aussi d'une certaine utilité pour mettre le malade dans les meilleures conditions organiques pour subir l'opération.

Ce traitement médical que sera-t-il?

Bannissons tout d'abord et d'une façon absolue l'emploi des purgatifs si anodins soient-ils. On s'expose à augmenter le spasme et à faire supporter aux tuniques intestinales un effort qui souvent rendrait plus grandes et plus étendues les lésions déjà existantes.

Cela ne veut pas dire de laisser sans soin le tube digestif, des lavements à l'eau bouillie et à la glycérine donnés avec une sonde en caoutchouc longue auront l'avantage de vider le gros intestin et de favoriser le péristaltisme. Comme calmants émollients généraux et surtout comme antispasmodiques, de grands bains tièdes prolongés donneront de bons résultats, au même titre que l'opium sous forme de chlorhydrate de morphine ou mieux en pilules, sous forme d'extrait thébaïque. Enfin dans un cas que nous citons, un lavement électrique semble avoir favorisé l'évacuation spontanée d'un calcul.

Traitement chirurgical. — Dans ce cas comme dans tous ceux où le sujet est exposé à une intervention grave, a une chloroformisation prolongée, un lavage d'estomac nous paraît être d'un grand secours, il videra

l'estomac, évitera ainsi les vomissements si ennuyeux et quelquefois graves s'il y a régurgitations des matières vomies dans les voies aériennes.

L'importance de cette opération nécessitera toujours l'emploi du chloroforme. S'il n'y a pas de contre-indications (pertes de sang abondantes), nous excluerons au moyen de bandes élastiques les deux membres inférieurs. Puis, après une asepsie de la paroi, on fera une incision médiane de 8 à 10 centimètres; cette ouverture nous paraît comme la plus propice; elle donne le champ le plus vaste d'exploration. Après avoir garanti par des compresses fixées aux lèvres de la plaie, on se mettra immédiatement à la recherche de l'obstacle. Dans le cas qui fait l'objet de notre observation personnelle M. le docteur Delagénière, à l'aide du toucher rectal, était arrivé à préciser l'endroit où se trouvait l'obstacle. Dans la plupart des cas cette investigation est assez aisée (d'après ce que nous ont appris les observations).

Dans le cas où cette recherche serait plus difficile, soit à cause de la distension des anses intestinales, soit parce que le toucher rectal ou tout autre examen n'ont pas permis de déceler le lieu de l'obstacle, il faut explorer méthodiquement l'intestin grêle surtout au niveau du duodenum et de la terminaison de l'iléon, points qui sont généralement les lieux d'élection d'arrêt du calcul. L'obstacle trouvé, quand on est bien certain que l'on est en présence d'un corps étranger (on verra dans une observation que nous publions ce que l'on aurait pu croire être un corps étranger était un polype pédiculé de l'intestin), on amènera par tractions douces

l'anse intestinale contenant le calcul en dehors de la cavité abdominale.

Le chirurgien aura trois modes d'actions pour débarrasser l'intestin du corps lithiasique : le broiement à travers la paroi intestinale, la propulsion de proche en proche vers le gros intestin, enfin l'ouverture sur place de l'intestin et l'extraction du calcul. Le procédé du broiement n'est pas praticable. On conçoit aisément la pression énorme et l'écrasement qu'aurait à subir l'intestin pris entre l'appareil de broyage d'une part, et le calcul d'autre part. Les expériences que nous avons tentées sur des cadavres nous ont montré combien les parois intestinales étaient endommagées après ces tentatives.

Bien meilleure sera la tentative de propulsion du calcul. Pratiquée avec douceur, il n'y a pas de lésion intestinale à craindre et l'on évite une ouverture de l'intestin. Aussi est-il de règle de tenter ce procédé avant d'inciser l'intestin ; mais malheureusement les cas sont fréquents où l'on ne peut déplacer le calcul et où toute manœuvre, dans ce sens, produirait une déchirure de la muqueuse. Dans le cas que nous publions, nous ne pûmes arriver à mobiliser le calcul, le spasme était tel que tout déplacement était impossible en haut pas plus qu'en bas. On peut admettre qu'avec un calcul de dimension moindre, on aurait pu pratiquer avec succès cette manœuvre.

L'extraction du calcul s'effectue comme il suit. On isolera soigneusement sur un matelas de compresses stérilisées l'anse intestinale que l'on doit inciser. En

aval et en amont de l'obstacle on placera une pince à coprostase en ayant soin de faire remonter vers des parties plus éloignées le contenu du tube intestinal. Après ces précautions, on incisera l'intestin transversalement : l'expérience a montré que les incisions transversales étaient celles qui donnaient le moins de chance de rétrécissements ultérieurs. Un aide avec un tampon imbibé de sérum physiologique recueillera tous les liquides qui pourraient s'écouler de la plaie intestinale, c'est là une garantie importante de la réussite définitive de l'intervention.

Dans le cas où nous avons assisté M. Delagénière, l'intestin se trouvait dans un état suffisamment bon pour que l'on se contente seulement de suturer la plaie. Mais il peut se trouver des cas où l'intestin a eu à subir, par la présence du calcul, de graves dommages et que l'on puisse craindre par la suite des phénomènes de sphacèle. L'excision des parties laissées sera la meilleure conduite à tenir, puis on fera une anastomose bout à bout ou bien une anastomose latérale après suture de deux extrémités.

On retire ensuite les pinces à coprostase, l'anse intestinale est soigneusement tamponnée au sérum, immédiatement on voit le spasme disparaître et l'intestin reprendre son aspect normal.

Il ne reste qu'à réduire l'anse dans la cavité abdominale. Suture par 3 plans crins profonds sur les muscles droits et serrés sur une compresse qui restera à demeure sur le surget de la peau; ce procédé à l'inconvénient de prolonger l'opération, mais il a l'avantage d'être une

bonne garantie d'asepsie post-opératoire et d'empêcher les hématomes de la paroi si désagréables chez ces sujets adipeux.

Reste la question d'indication d'intervenir sur les voies biliaires.

Certes il ne viendrait à l'idée de personne de pratiquer cette deuxième intervention dans la même séance. Quand on vient d'opérer un malade atteint d'occlusion aiguë, on sait que le traumatisme doit être réduit au minimum. D'autre part, la seule opération logique sur les voies biliaires consisterait à enlever la vésicule. Or, nous avons vu que le calcul n'a pu migrer, dans le plus grand nombre de cas, que parce qu'il s'était créé une anastomose entre la vésicule et l'intestin, par conséquent, l'ablation de la vésicule mettra à jour l'orifice intestinal, orifice situé dans une portion malade de l'intestin. Il en résultera qu'il faudra faire une suture intestinale dans un organe malade presque certainement au niveau du duodénum qui est peu mobile et ne se prête que difficilement aux résections même peu étendues, de sorte qu'il s'agira d'ajouter une opération délicate et longue, qui n'est pas indispensable au moment même, au traumatisme dû à l'ablation du calcul. A ce moment donc l'intervention sur les voies biliaires doit être rejetée.

Mais il ne faut pas oublier que les accidents peuvent se reproduire s'il reste dans la vésicule un autre calcul volumineux qui s'engagera ensuite. D'autre part ces anastomoses entre la vésicule et l'intestin constituent des cholécystentérostomies d'une variété spéciale, en

ce sens que la bile n'acquiert sans doute jamais assez de pression dans le cholécyste anastomosé pour s'écouler dans l'intestin, parce que les voies biliaires principales sont restées perméables, les liquides intestinaux pourront au contraire, cheminer dans la vésicule et y provoquer des poussées nouvelles infectieuses. Pour ces raisons il serait logique quand ils sont revenus à la santé, d'opérer secondairement ces malades et de leur enlever leur vésicule. Alors ils pourront supporter l'opération et trouver une guérison définitive.

OBSERVATIONS

Obs. I. — *Occlusion intestinale aiguë par calcul biliaire, arrêté à la terminaison de l'iléon. Iléotomie. Guérison.* Observation personnelle prise dans le service de M. le Dr Delagénière.

La nommée M..., Marie, âgée de 61 ans, journalière, entre à l'hôpital du Mans, le 22 décembre 1912, dans le service du Dr Hervé. Celui-ci constate une occlusion intestinale et fait transporter la malade dans la salle d'opération, où le docteur Delagénière l'opère immédiatement.

Cette femme ne présente rien d'intéressant comme antécédents. Plusieurs cas de tuberculose dans sa famille. Mariée à un bacillaire qui ne tarde pas à mourir, n'a jamais eu d'enfant, ni fausse-couche. Assez bien portante jusqu'à 32 ans, elle commence alors à présenter des accidents de migraine et parfois des troubles dyspeptiques, caractérisés par des douleurs d'estomac et des vertiges.

A 52 ans, ménopause et alors ses vertiges vont en augmentant; au réveil sa tête semble tourner, elle souffre de constipation et est obligée de prendre fréquemment des laxatifs. Malgré cela, elle continue ses occupations et n'est obligée, à aucun moment, de prendre le lit.

En décembre 1911, la malade est prise tout d'un coup

d'une violente douleur au creux épigastrique, un peu à droite du siège de la vésicule. Cette douleur est extrêmement vive pendant quelques secondes; puis elle disparaît. Quand elle se produit, la douleur se porte vers l'épaule et aussi en arrière. Cette douleur ne s'accompagne pas d'ictère ni de décoloration des selles; mais les urines se foncent et prennent parfois l'aspect acajou. La malade est obligée de rester au lit et ne peut se lever qu'au bout de 15 jours. Elle reprend alors son travail. Mais jamais elle n'a retrouvé depuis, sa santé première; elle se fatigue vite, est fréquemment essoufflée, ressent quelques tiraillements à droite et est fréquemment constipée. Elle reste dans cet état jusqu'au 13 décembre 1912.

Commémoratifs. — Elle est reprise dans la nuit du 13 ou 14 décembre 1912, subitement d'une douleur atroce au point vésiculaire. Cette douleur lui arrache des cris, correspond dans le dos et dans l'épaule droite. Elle présente des exacerbations, qui durent quelques minutes, après lesquelles tout semble rentrer dans l'ordre. On lui prescrit un lavement dans la journée du 14, et on obtient une selle, mais aussitôt après le ventre se ballonne et les douleurs se généralisent à tout l'abdomen et, à partir de ce moment, on obtient ni selles, ni gaz.

Le 15, les vomissements commencent; ils sont d'abord alimentaires, puis deviennent fétides et fécaloïdes. Elle reste dans cet état grave jusqu'au 22, où elle est enfin dirigée sur l'hopital. On l'admet dans un service de médecine. Le lendemain, à sa visite, le Dr Hervé la fait conduire à la salle d'opération.

Examen. — Le 23 décembre, la malade est réduite à la dernière extrémité. Elle vomit continuellement; le ventre est surdistendu et ne présente nulle part de points douloureux. Le pouls est petit, à 130, la peau est cyanosée, poisseuse, les extrémités froides. En pratiquant le toucher rectal, nous sentons dans le bassin un corps dur que nous soulevons et

qui retombe sur le bout du doigt laissé en place. Nous ne trouvons pas de tumeur. Nous décidons de faire une exploration et de voir dans le bassin quel peut être le corps étranger ainsi senti.

Opération. (Le 23 décembre). — Immédiatement après l'examen. — On fait respirer à la malade quelques gouttes d'éther et de chloroforme. Le Dr Delagénière pratique une incision médiane de huit centimètres et plonge sa main directement dans le bassin, vers le point où l'on sentit le corps dur lors du toucher rectal. On retrouve ce corps dur; il est amené dans la plaie et on s'aperçoit alors qu'il s'agissait simplement d'un énorme calcul biliaire engagé et inclus dans la terminaison de l'iléon à environ vingt centimètres de son extrémité.

L'intestin n'est turgescent qu'au-dessus. Il est dilaté, tandis qu'au-dessous il est normal, ainsi du reste que le gros intestin. Le calcul occupe toute la cavité intestinale qui est moulée très exactement sur lui; il a à travers les parois intestinales, une couleur foncée, ardoisée; son volume est celui d'un petit œuf. Il s'est arrêté dans sa course vers la terminaison de l'iléon. L'anse iléale est extériorisée, l'intestin incisé, transversalement sur le calcul; ce dernier est extrait, puis la place est refermée par deux rangs de suture. L'anse suturée est réduite et l'abdomen refermé sans drainage.

Suites opératoires. — Rien à signaler les six premiers jours, le septième, la température accuse une élévation à 38°4, causée par la formation d'un petit abcès de la paroi au niveau d'un point de suture. Deux jours après, la température redevient normale et la guérison est complète le quinzième jour.

Examen de la pièce. — Le calcul ovalaire, irrégulier, présente le volume d'un œuf de pigeon. Dans sa plus grande longueur, il mesure 4 centimètres et dans sa plus grande largeur 3 centimètres. Ovalaire et assez régulier à l'une de ses extrémités, il présente, au niveau de l'autre extrémité, une

solution de continuité comme s'il avait été décapité. Il ne s'agit pas là d'une facette de frottement du à un autre calcul, mais de la séparation probable de couches calcaires accumulées à ce niveau et s'étant ensuite désagrégées. D'ailleurs, cette opinion trouve une sorte de confirmation dans la présence à l'autre extrémité d'une saillie calculeuse analogue.

Il faut signaler sur ce gros calcul les traces non douteuses de la portion du calcul qui s'est engagé peu à peu dans l'intestin au niveau de l'orifice de pénétration.

En cet endroit, le calcul a été visiblement altéré par les liquides intestinaux.

Obs II. — (Résumée.) Due à l'obligeance de M. le Dr Delagénière.

En 1904, le Dr Delagénière est appelé la nuit à Ecommoy (Sarthe) par le Dr Peltier pour un cas d'occlusion aiguë. Le malade apprend alors qu'il a déjà eu des accidents analogues qui ont cessé après l'expulsion d'un gros calcul par l'anus. Il montre le calcul qu'il a conservé et qui est bien certainement un calcul biliaire gros comme une petite noix.

En l'interrogeant, on relève dans ses antécédents des crises biliaires très nettes, de sorte que l'on peut établir le diagnostic d'occlusion par calcul. Comme le Dr Delagénière est en pleine campagne, la nuit, mal outillé pour intervenir, on conseille au malade d'attendre au lendemain matin, pour se faire transporter au Mans si les accidents persistent. Pour calmer les coliques, le médecin traitant fait une injection de morphine et reste auprès du malade. Or le lendemain matin, le Dr Delagenière est prévenu que le calcul était passé et que tous les accidents avaient cessé.

Obs III. — Drs Naveau et Langevin. *Société de Médecine du Mans.*

Le dimanche 29 mars 1908, Mme T..., âgée de 69 ans, est prise, trois heures après son repas, au cours d'une promenade en voiture, de violentes coliques accompagnées de vomissements alimentaires et bilieux. Croyant à une simple indigestion, elle rentre chez elle, se couche, prend des infusions chaudes, applique des cataplasmes et des linges chauds sur le ventre, tout cela sans résultat.

Le lundi 30, après avoir souffert toute la nuit de coliques et de vomissements, elle fait appeler M. le Dr Naveau, qui trouve la malade alitée, poussant de temps en temps des cris qui interrompent le récit qu'elle lui fait des souffrances endurées depuis la veille; elle est très agitée, très anxieuse. Elle n'a rien pu supporter; la moindre goutte de liquide est immédiatement rendue. Elle a eu une selle dans la nuit.

A l'examen, la langue n'est pas saburrale, le ventre est souple, douloureux dans toute son étendue, sans qu'il soit possible de localiser plus spécialement la douleur du côté de l'appendice, de la vésicule biliaire ou des reins. Pas de hernies. Pas de température.

Pendant les journées du 31 mars et du 1er avril, à part quelques moments d'accalmie, la situation reste à peu près stationnaire; toujours coliques intermittentes, violentes et vomissements bilieux.

Deux symptômes graves attirent l'attention du Dr Naveau : pas de selles depuis deux jours, pas de gaz par l'anus. Le ventre se balonne légèrement. Le toucher rectal ne permet de reconnaître aucun rétrécissement, aucune masse cancéreuse. La douleur abdominale ne tend nullement à se localiser; le ventre est sensible dans tous ses points.

Les phénomènes d'occlusion se précisent; dans la matinée

du jeudi 2 avril, quatre jours après le début des accidents, la malade est prise d'un vomissement fécaloïde. Le Dr Langevin, appelé en consultation, cherche en vain les causes de cette occlusion, et, s'appuyant sur l'absence d'accidents abdominaux antérieurs, l'absence de tout phénomène du côté de la vésicule, de l'appendice, l'absence de hernie, malgré l'examen rectal négatif, pense, avec le Dr Naveau, à une occlusion intestinale par tumeur inaccessible au doigt.

Pour ne pas trop effrayer la malade par une opération immédiate, les médecins proposent l'administration d'un lavement électrique, se réservant, en cas d'échec, la laparatomie.

Le soir même, vers 5 heures, le lavement électrique est administré par le Dr Boëteau; pendant 20 minutes, le résultat se borne à l'évacuation de l'eau introduite, légèrement teintée; pas de matières fécales. On enlève la canule; la malade est prise d'une violente colique et expulse un corps dur qui tombe avec fracas dans le bassin placé sous elle.

C'est une masse ovoïde, très légère, dont la forme reflète celle de la vésicule biliaire; elle mesure environ 4 centimètres de long sur 2 centimètres 1/2 de diamètre; dans son ensemble, elle affecte la forme d'un gros œuf de pigeon dont une des extrémités aurait été sectionnée et polie par le frottement répété d'un corps dur. La surface de cette section est concave, lisse, brillante; il doit exister un second calcul, on ne peut guère conserver de doute à ce sujet.

L'analyse de ce volumineux corps étranger a démontré qu'il s'agissait bien d'un calcul biliaire. Il est composé presque exclusivement de cholestérine; on y a trouvé quelques fragments biliaires, mais pas de sels de chaux, ni phosphates, ni carbonates, ni oxalates, ni urates, ni sulfates.

Obs. IV. — Due à l'obligeance du Dr Mordret.

Il nous a paru intéressant de rapporter cette observation.

Tout dans l'évolution de la maladie pouvait faire penser à un corps étranger et seule l'ouverture de l'intestin permit d'établir le diagnostic.

Mme X.., 62 ans, présente depuis six semaines des accidents d'occlusion intestinale qui ont débuté à la suite d'une purgation. Jusque là, elle ne semble pas avoir eu de grosse constipation. Le début s'est manifesté par une crise de coliques très violentes. Les intestins se dessinaient sur la paroi au moment des contractions. La radioscopie pratiquée à ce moment a fait croire à une occlusion basse.

M. le Dr Mordret l'a vue pour la première fois le 22 mars. A cette date, les crises sont moins fréquentes, mais non moins douloureuses. Il suffit de la palper pour déterminer un mouvement péristaltique des intestins qui se dessinent sous la paroi. L'état s'est cependant amélioré depuis quelques jours. Il y a eu quelques selles. Le toucher rectal est négatif. On ne sent aucune tumeur à la palpation. Le diagnostic probable est une invagination ou un corps étranger, une bride. On ne croit pas au cancer, car il n'y a jamais eu de sang dans les selles et la marche de l'affection parait trop rapide. L'état général du sujet est du reste assez satisfaisant.

L'opération proposée n'est pratiquée que le 27 mars, la malade ne pouvant s'y résoudre.

Après ouverture médiane, on trouve les anses intestinales extrêmement dilatées.

La main explorant l'intestin sent un corps dur situé le long de la colonne vertébrale. On ramène cette anse à l'extérieur. Le mésentère est épaissi à son insertion. Une large anastomose est pratiquée pour exclure l'anse malade.

En examinant cette anse, M. le Dr Mordret constate qu'elle renferme un corps dur, du volume d'une noix, ayant une cer-

taine mobilité, un certain va-et-vient, et que la paroi même de l'intestin n'est pas atteinte, sauf par une ligne de constriction circulaire, qui mesure environ 3 millimètres et est située au dessous de la tumeur. Pensant à la possibilité d'un corps étranger, il ouvre l'intestin sur cette tumeur. Elle est sessile. Il coupe le pédicule et referme l'intestin.

Cette tumeur n'a pas pu être examinée au point de vue histologique. Elle avait le volume et l'aspect d'une noix et obstruait à peu près complètement l'intestin, agissant exactement comme un corps étranger.

La malade, opérée beaucoup trop tard, est morte quelques heures après, sans aucune agonie.

Obs V. — Communication à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 29 novembre 1912, par M. le docteur E. Micheleau, médecin des Hôpitaux de Bordeaux. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*).

Le 14 août 1912, nous étions appelé, par notre confrère et ami le Dr Raulin, à examiner avec lui une de ses malades, Mme L..., âgée de 52 ans. Cette femme avait été prise environ trois semaines auparavant de douleurs à localisation assez vague, tantôt le ventre, tantôt les reins et le dos, et en même temps d'une diminution de sa sécrétion urinaire : elle émettait par jour environ 300 à 400 grammes d'urines foncées, troubles, sédimenteuses. Peu à peu, sous l'influence de la thérapeutique instituée, ces accidents s'amendèrent et, le vendredi 9 août, la malade pouvait être considérée comme à peu près guérie, tellement que notre confrère interrompit ses visites. Il fut rappelé le 12 août : dans l'après-midi du dimanche, la veille, la malade avait été reprise d'accidents très douloureux, brusquement survenus, paraissant avoir siégé au début dans la région

hépatique mais très rapidement étendus à tout l'abdomen ; pas de douleur dans l'épaule droite, vomissements et arrêt de la circulation des matières fécales et des gaz intestinaux. En même temps les urines, dont la quantité était redevenue à peu près normale, se raréfièrent de nouveau et cette femme ne rendit plus qu'environ 200 grammes par jour d'urines fortement colorées, d'un rouge brunâtre, troubles et abondamment sédimenteuses.

Un lavement purgatif fut immédiatement prescrit; il amena l'évacuation de quelques matières. La diète hydrique fut de nouveau instituée. Les vomissements continuèrent, d'abord alimentaires, puis bilieux, puis, dans l'après-midi du 14, quelques minutes avant notre examen, fécaloïdes. Les douleurs abdominales persistèrent avec le caractère de coliques de plus en plus violentes, il n'y eut, depuis le lavement, issue d'aucune matière ni d'aucun gaz ; les urines continuèrent d'être rares; le pouls s'accéléra sans qu'il y eut cependant d'ascension thermique notable.

C'est dans ces conditions que nous fûmes appelé à voir cette malade.

Nous nous trouvâmes en présence d'une femme dont la figure exprimait la plus vive souffrance, les yeux excavés largement cernés de bistre, le nez pincé, la bouche sèche et pâteuse. L'abdomen nous parut notablement plus développé et surtout plus tendu qu'à l'état normal, malgré l'obésité de la malade; son développement et sa tension étaient uniformes, on ne voyait, au moment des coliques, aucune anse intestinale se dessiner sous la peau. La palpation en était à peu près impossible à cause de la tension de son contenu, elle était douloureuse à peu près partout; il nous sembla que les douleurs ainsi provoquées étaient plus vives en un point situé à quelques centimètres en dehors, en haut et à droite de l'ombilic. A la percussion on trouvait de la sonorité partout.

Le pouls était assez bon quoique rapide, 115 à la minute, la température était de 37°8.

Nous fûmes rapidement d'accord avec M. le Dr Raulin pour porter le diagnostic d'occlusion intestinale : les coliques à type de *miserere*, l'arrêt absolu des matières et des gaz, les vomissements caractéristiques formaient un ensemble de symptômes suffisant. Nous pensâmes, avec cependant quelques réserves, pouvoir rapporter cette occlusion à l'étranglement d'une hernie ombilicale dont la malade était atteinte depuis dix-neuf ans, hernie pour laquelle elle portait constamment un bandage et qui, de ce fait, était toujours parfaitement réduite. Nous devons avouer que cette pathogénie ne nous satisfaisait qu'à moitié, notre examen de la région ombilicale ne nous ayant, en dehors de la douleur un peu plus accusée en haut et à droite signalée plus haut, rien dévoilé de nettement attribuable à une hernie ombilicale étranglée. Tout au plus nous avait-il semblé, en palpant profondément avec nos doigts enfoncés dans cette direction, sentir quelque chose de dur, de plus dur certainement qu'en aucune autre région du ventre.

Une intervention nous parut s'imposer d'urgence : elle fut acceptée. La malade fut immédiatement transportée à l'hôpital Saint-André; elle fut opérée le même soir, à neuf heures et demie, par M. le Dr Loubat, médecin résidant à l'Hospice général. Une laparotomie médiane montra tout d'abord qu'il n'existait, du côté de la région ombilicale, qu'une volumineuse hernie épiploïque sans aucune portion d'intestin étranglée. En déroulant d'intestin grêle, on trouva dans sa portion terminale deux énormes calculs cylindriqnes qui en obturaient complètement le calibre. Incision de la paroi intestinale après soigneux isolement, ablation des calculs, sutures de l'incision, puis de la paroi abdominale.

Les suites opératoires immédiates furent parfaites : les douleurs disparurent, les vomissements cessèrent, les fonctions intestinales se rétablirent. Malheureusement, le huitième jour, la température monta brusquement à 39°; il se développa un phlegmon de la paroi abdominale, phlegmon à

pus sanieux, fétide, fécaloïde, et la malade succomba le 29 août, quinze jours après son opération.

La nécropsie a permis de constater que les sutures intestinales avaient parfaitement tenu et qu'il n'existait aucune trace de péritonite générale ou locale. Le foie, examiné, ne présentait rien d'anormal, mais la vésicule biliaire, d'ailleurs absolument vide de calculs, communiquait par un large orifice, au niveau de son fond, avec la deuxième portion du duodénum. C'est certainement par ce large orifice, qu'étaient passés les deux énormes calculs, cause de l'obstruction, dont voici maintenant la description et l'analyse telles que nous les devons à l'obligeance de M. le Professeur Barthe, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-André.

Analyse des calculs. — Calculs non homogènes, de coloration variée, grise, jaune et rougeâtre. On aperçoit nettement des couches concentriques diversement colorées. La surface est assez régulièrement lisse.

Le plus gros a une forme irrégulièrement cubique, et mesure 0,023 millimètres de côté; il pèse 10 gr. 48.

Le plus petit a une forme conique; il mesure 0,025 millimètres de hauteur, le diamètre de sa base est de 0,020 millimètres; il pèse 7 gr. 785.

Composition chimique : Absence de matière minérale; — présence de cholestérine qui compose la majeure partie du calcul; — présence de pigments biliaires; — présence d'acide urique probable.

CONCLUSIONS

Après une rapide revue de l'étiologie et de la pathogénie de l'occlusion intestinale par calcul biliaire, nous avons essayé d'en dégager la symptomatologie, d'après l'observation que nous publions et celles que nous avons trouvées dans la littérature médicale touchant cette question. La douleur du début, l'évolution lente de la maladie et la persistance pendant un certain temps d'un état général satisfaisant donnent à cette affection une physionomie spéciale. Quelquefois les antécédents hépatiques et enfin la sensation au toucher rectal d'un corps dur et pesant qui retombe sur le doigt permettrait de faire le diagnostic d'avec les autres sortes d'occlusion.

Quant au traitement nous croyons pouvoir dire qu'il faut intervenir aussitôt que les symptomes d'occlusion sont constatés. Nous appuyons cette affirmation des deux considérations suivantes :

Dans les cas bénins où même on pouvait espérer la cessation spontanée des phénomènes d'occlusion, l'opération se bornera à une simple laparatomie exploratrice,

elle permettra en agissant directement sur l'intestin de faire progresser rapidement le calcul, elle abrégera donc les souffrances du malade et l'on sait qu'actuellement une telle intervention ne comporte que des risques insignifiants. Si au contraire on se trouve en présence d'un calcul qui n'aurait pas évolué spontanément, l'intervention faite ainsi au début des accidents comporte un pronostic beaucoup plus favorable et permettra presque toujours de sauver le malade.

Vu : le Président,
LEJARS

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

COULOMMIERS. — Imp. DESSAINT & Cie, 41, rue de Melun.